Aus der Chirurgischen Universitäts-Klinik
der Charité zu Berlin.
Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Hildebrand.

Zur Behandlung der Parotisfistel.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER

WÜRDE DES DOKTORS DER ZAHNHEILKUNDE

DER

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

AN DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT
ZU BERLIN

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

vorgelegt von

Karl Goering,
approb. Zahnarzt in Berlin.

Tag der Promotion: 26. Juli 1921.

Hermann Blanke's Buchdruckerei, Berlin C. 54,
Kleine Rosenthalerstr. 9.

566

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

Prodekan: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rubner.

Referenten: Prof. Dr. Köhler.
Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Hildebrand.

Auszug.

Nach einleitenden Bemerkungen über Diagnose und Prognose der Parotisfisteln bespricht Goering zunächst die Therapie der Drüsenfisteln und unterscheidet dabei die unblutigen und die blutigen Methoden. Die unblutigen Massnahmen sind: Ruhigstellung des Kiefers, Vermeidung von Geschmacksreizen, Einschränkung der Speichelsekretion durch Atropin (3 × 0,0005 pro Tag) nach Lawrence, Anwendung von Aetzmitteln und Adstringentien, Thermohunterisation und Strahlenbehandlung. Latzer hat in fünf Fällen die Parotisfistel durch Jodinjektion beseitigt:

Die blutigen Methoden sind: Anfrischung der Fistelöffnung mit darauffolgender Naht, letzten Endes Excision des benachbarten Drüsenteiles.

Zur Behandlung der Ductusfisteln stehen nach dem heutigen Stand folgende Wege zur Verfügung:

1. Die Wiederherstellung des natürlichen Weges für den Speichelfluss durch
   a). Erweiterung des Ganges,
   b) Naht des Ganges.
2. Die Verwandlung der äusseren Fistel in eine innere durch
   a) einfache oder doppelte Durchbohrung der Wange,
   b) Verlegung des Fistelganges nach innen.
3. Plastische Wiederherstellung des unterbrochenen Ganges.
4. Schaffung eines kollateralen Weges (nach Ferrarini).
5. Aufhebung der Speichelsekretion.

Zu 1 a. Die Erweiterung des Ganges geschieht durch Bougieren oder Einlagerung von Verweilssonden (Haarseil, Metalldraht, Gummidrain). Das von Courtis angegebene Verfahren, den eingeführten Gummidrain mit Seidenfäden zu befestigen, die durch die Fistelöffnung geführt werden, verwirft Goering.

Zu 1 b. Goering bespricht je einen Fall von Nicolandi und Anthony, die nach Herauspräparation des Ganges den Defekt durch Naht geschlossen haben.

Beide (1 a und b) Methoden eignen sich zur Behandlung sowohl der buccalen als auch masseteren und glandulären Parotisfisteln.

Zur Behandlung der buccalen und in ganz beschränktem Masse bei masseteren Fisteln ist die Durchbohrung der Wange vorzunehmen. Die Durchbohrung geschieht von der Fistel-

öffnung aus. Der künstliche Kanal wird durch Einlagen offen gehalten, die solange im Kanal bleiben, bis sich die äussere Oeffnung geschlossen hat.

Bei der doppelten Durchbohrung wird durch eine Faden- oder Drahtschlinge, die durch beide Kanäle geht, die dazwischenliegende Weichteilbrücke zur Nekrose gebracht und so ein einziger grösserer Kanal geschaffen.

Die äussere Fistel wird auch dadurch zur inneren gemacht, dass der äussere Fistelgang herauspräpariert und seine Mündung in die Wangenschleimhaut gepflanzt wird. Dieses Verfahren ist bei buccalen, in Ausnahmefällen bei einigen masseteren Fisteln zu verwenden.

Am geeignetsten für alle drei Fistelarten ist der Ersatz des Gangdefekts auf plastischem Wege.

Die eingeschlagenen Wege sind sehr mannigfach. Braun und Nicolandi verwandten als plastisches Material die Mundschleimhaut, Perthes gebrauchte Epithelstückchen, Jianu ein gestieltes Stück der Vena fucialis.

Einen neuen Weg zur Heilung der Parotisfistel gab vor wenigen Jahren Ferrarini bekannt. Er stellte nach Auffrischung des beiderseitigen Drüsengewebes und Naht einen Kollateralweg zwischen Parotis und Submaxillarisdrüse her.

Bei rebellischen Fisteln ist die Verödung der Parotis anzustreben. Die Unterbindung des Ganges zu diesem Zweck hat sich nicht bewährt, da diese Methode gefährliche Begleiterscheinungen hat (Parotitis, Fieber, Kopfschmerz, Abscess, Kieferklemme). Dagegen hat sich die Methode von Lériche bewährt. Derselbe erreichte die Verödung der Drüse durch Resektion ihres Sekretionsnerven (N. auriculo-temperalis). Stropenie schlägt vor, die Aufhebung der Funktion des N. auriculo-temp. durch Alkoholinjektion am For. ovale zu bewirken und berichtet eingehend über einen so behandelten Fall.

Goering bringt dann drei Fälle, die ihm von Herrn Prof. Köhler aus der Chirurgischen Klinik der Charité unter Herrn Geheimrat Hildebrand in liebenswürdigster Weise überlassen worden sind.

In einem Fall wurde die Parotisfistel durch Anlegung einer inneren Fistel (Durchbohrung der Wange) geheilt.

In den beiden anderen Fällen wurde die Resektion des N. auriculo temperalis erfolgreich ausgeführt. Die in diesen beiden Fällen gemachte Beobachtung stimmt mit den Berichten anderer über dieses Verfahren nach Lériche darin überein, dass die Sekretion der Parotis erst 4—5 Tage nach der Operation versiegt.